

Les points TRIGGER Myofasciaux

A – Programme détaillé

Durée = 42h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateurs = Véronique DE LAERE ou Jan DE LAERE – Masseurs-Kinésithérapeutes

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

Les douleurs aiguës ou chroniques et les dysfonctions de l'appareil locomoteur sont souvent générées par l'activation de Points Trigger Myofasciaux. Le syndrome myofascial douloureux caractérisé par la présence de ces points gâchettes, doit être différencié d'autres états douloureux musculaires non-spécifiques et de la fibromyalgie.

Les céphalées, les scapulalgies et les lombalgies, qui représentent un coût élevé au niveau des soins de santé, ont souvent une origine myofasciale. La guérison du syndrome myofascial douloureux n'est jamais spontanée. Chaque muscle appartient à une unité fonctionnelle, cela engendre, dans la chronicité, le développement de chaînes myofasciales. Le patient traîne ses douleurs, est parfois mal compris voire rejeté par le monde médical et la frustration s'installe.

Chacun des 400 muscles du corps humain peut théoriquement développer une zone de dysfonctionnement et donner naissance à un syndrome myofascial douloureux et plus tard, à des chaînes myofasciales. Les régions privilégiées sont la ceinture scapulaire et le bassin. On y trouve les muscles élévateurs de la scapula, trapèze et fessiers très souvent impliqués dans ce genre de pathologie. Les douleurs céphaliques, pectorales et abdominales liées aux muscles masticateurs, sterno-cléido-mastoïdien, pectoraux et abdominaux ne manquent pas, elles non plus d'intérêt, ces symptômes sont, la plupart du temps, mal interprétés, des examens très élaborés sont entrepris et le traitement est finalement souvent inadapté. L'existence clinique des PTRM est indéniable, le traitement en est relativement simple, à dominance manuelle il est efficace en peu de temps. Pour toutes ces raisons, l'intérêt qu'ils suscitent dans certaines spécialités médicales ne devrait que s'accroître.

Objectifs :

La compréhension de la pathophysiologie et de la clinique des PTRM

- le diagnostic des Points Trigger Myofasciaux, ainsi que leur palpation
- l'apprentissage des schémas de douleur référée des muscles
- la désactivation des PTRM du syndrome myofascial douloureux monomusculaire
- la prise en charge du syndrome myofascial douloureux chronique et complexe
- la relation entre le syndrome myofascial douloureux et la pathoneurodynamique

Résumé :

La formation est centrée d'une part sur la pratique de l'examen et le diagnostic et d'autre part sur le traitement, un ensemble de techniques manuelles, appliquées aux différents syndromes myofasciaux

2 – Déroulé pédagogique :

Méthodologie :

- Questionnaire pré-formation (Q1) dans le mois qui précède la formation présentielle
- Restitution au formateur des résultats de ce questionnaire, question par question, au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 42h comportant :
 - des échanges sur les résultats du questionnaire pré-formation,
 - un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les questionnaires,
- Questionnaire post-formation (Q2) dans le mois qui suit la formation présentielle
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique des stagiaires

Programme

1° séminaire : Syndromes myofasciaux douloureux

1^{er} Jour

9h00 - 10h45 :

- Bases théoriques : historique - pathophysiologie
- Étiologies et facteurs contributifs

11h00 - 13h00 :

- Syndrome myofascial douloureux (SMD) : symptomatologie - douleur référée - critères diagnostiques
- Chaînes myofasciales
- Traitement SMD : objectifs - techniques - précautions - contre-indications relatives et absolues - réactions

14h00 - 16h00 :

- Céphalées : généralités - céphalées de tension, céphalées cervicogènes, céphalées migraineuses - syndrome canalaire du nerf grand occipital
- Muscle trapèze supérieur : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

16h15 - 18h30 :

- Muscles suboccipitaux : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement
- Muscle SCOM : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

2^{ème} Jour

9h00 - 10h45 :

- SADAM (syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil mandicteur) : généralités - syndrome canalaire du nerf mandibulaire
- Muscles masséter et temporal : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

11h00 - 13h00 :

- Fessalgies et sciatalgies : généralités - syndromes du nerf ischiatique
- Muscles piriforme et petit glutéal : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

14h00 - 16h00 :

- Muscles moyen et grand glutéal : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

16h15 - 18h30 :

- Muscles carré des lombes et ischio-jambiers : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

3^{ème} Jour

9h00 - 10h45 :

- PSH et capsulite rétractile : généralités - syndrome canalaire du nerf axillaire
- Muscles infra-épineux et petit rond : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

11h00 - 13h00 :

- Muscles supra-épineux, subscapulaire et deltoïde : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

14h00 - 15h45 :

- Tennis elbow : généralités - syndrome canalaire du nerf radial
- Muscles brachio-radial, extenseurs radiaux du carpe, supinateur et extenseur commun des doigts : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

15h45 - 16h00 :

- Questionnaire
- Clôture du stage

2^o séminaire : Syndromes myofasciaux douloureux

1^{er} Jour

9h00 - 10h45 :

- Questions et réponses - points clés du premier séminaire
- Syndrome du défilé thoracique : généralités - syndromes canaux du plexus brachial
- Muscles scalènes : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

11h00 - 13h00 :

- Muscles pectoraux et subclavier : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

14h00 - 16h00 :

- Douleur latérale de la hanche et de la cuisse : généralités - méralgie paresthésique
- Muscles tenseur du fascia lata et vaste latéral : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

16h15 - 18h30 :

- Douleurs interscapulaires/scapulalgies : généralités - notalgie paresthésique
- Muscles élévateur de la scapula, trapèze inférieur, rhomboïdes et dentelé postérieur et supérieur : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

2^{ème} Jour

9h00 - 10h45 :

- Lombalgies : généralités
- Muscles érecteurs du tronc, multifides lombaux, psoas et iliaque : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

11h00 - 13h00 :

- Douleurs abdominales : généralités
- Muscles droit de l'abdomen, oblique externe de l'abdomen et diaphragme : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

14h00 - 16h00 :

- Douleurs inguinales et pubalgies : généralités - syndrome du nerf obturateur
- Muscles adducteurs de la hanche, ilio-psoas et oblique externe de l'abdomen : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

16h15 - 18h30 :

- Fémoralgies et gonalgies médiales : généralités - syndrome du nerf saphène
- Muscles vaste médial, droit fémoral et sartorius : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

3^{ème} Jour

9h00 - 10h45 :

- Achillodynie et calcanéodynie : généralités - syndromes canaux des nerfs tibial et sural
- Muscles soléaire, gastrocnémien médial et tibial postérieur : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

11h00 - 13h00 :

- Douleurs malléolaires et du cou-de-pied : généralités - syndromes canaux des nerfs fibulaires superficiel et profond
- Muscles long et court fibulaires, longs et courts extenseurs des orteils : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

14h00 - 15h45 :

- Cervicalgies : généralités
- Muscles multifides cervicaux et semi-épineux du cou : anamnèse - douleur référée - examen physique - repérage anatomique et palpation - traitement

15h45 - 16h00 : Questionnaire - Clôture du stage

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.
- Méthode par "Présentation de cas cliniques interactifs " : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient. Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables de pratiques, modèles anatomiques osseux et musculaires.

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Évaluation « Q1 » (pré-test) et « Q2 » (post test)
- Questionnaire de satisfaction immédiat et à distance

D – Référence recommandation bibliographie

1. Borg-Stein J., Iaccarino M. Myofascial pain syndrome treatments. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America 2014, 25:357-374.
2. Bron C., Dommerholt J. Etiology of myofascial trigger points. Current Pain and Headache Reports 2012, 16(5):439-444.
3. Fernández-de-las-Peñas C. et al. Manual therapies in myofascial trigger point treatment: a systematic review. Journal of Bodywork and Movement Therapies 2005, 9, 27-34.
4. Fernández-de-las-Peñas C., Dommerholt J. Myofascial trigger points: peripheral or central phenomenon? Current Rheumatology Reports 2014, 16:395.
5. Fernández-de-las-Peñas C. et al. Widespread pressure pain hypersensitivity in patients with multiple sclerosis with and without pain as sign of central sensitization. The Clinical Journal of Pain 2015, 31(1):66-72.
6. Gerwin R. Diagnosis of myofascial pain syndrome. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America 2014, 25(2):341-355.
7. Jafri S. Mechanisms of Myofascial Pain. International Scholarly Research Notices, 2014:16 pages.
8. Mense S. Unterschiede zwischen myofaszialen Triggerpunkten und "tender points" [Differences between myofascial trigger points and tender points]. Schmerz 2011, 25(1):93-103; quiz 104.
9. Moraska A. et al. Changes in blood flow and cellular metabolism at a myofascial trigger point with trigger point release (ischemic compression): a proof-of-principle pilot study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2013, 94(1):196-200.
10. Myburgh C. et al. A systematic, critical review of manual palpation for identifying myofascial trigger points: evidence and clinical significance. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2008, 89:1169-1176.
11. Niddam D. et al. Central modulation of pain evoked from myofascial trigger point. The Clinical Journal of Pain 2007, 23(5):440-448.
12. Shah J. et al. Myofascial Trigger Points Then and Now: A Historical and Scientific Perspective. PM & R 2015, 7(7): 746-761.
13. Sharan D. et al. Myofascial pain syndrome: Diagnosis and management. Indian Journal of Rheumatology 2014, 9(2):S22-S25.
14. Sikdar S. et al. Novel Applications of Ultrasound Technology to Visualize and Characterize Myofascial Trigger Points and Surrounding Soft Tissue. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2009, 90:1829-1838.
15. Sikdar S. et al. Understanding the vascular environment of myofascial trigger points using ultrasonic imaging and computational modeling. Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society 2010, 1:5302-5305.

16. Simons D. New Views of Myofascial Trigger Points: Etiology and Diagnosis. Archives of Physical Medicine Rehabilitation 2008, 89:157-159.
17. Srbely J. New trends in the treatment and management of myofascial pain syndrome. Current Pain and Headache Reports 2010, 14(5):346-352.
18. Staud R. Peripheral pain mechanisms in chronic widespread pain. Best Practice Research. Clinical Rheumatology 2011, 25(2):155-164.
19. Wall R. Introduction to Myofascial Trigger Points in Dogs. Topics in Companion Animal Medicine 2014, 29 (2):43-48.
20. Zhuang X. Understanding of myofascial trigger points. Chinese Medicine Journal 2014, 127(24):4271-4277.
21. Zuil-Escobar JC. et al. The Prevalence of Latent Trigger Points in Lower Limb Muscles in Asymptomatic Subjects. PM &R. 2016:43 pages.